Gordon.
Lane Medical Library

Ueber einen Fall

von

Endocarditis ulcerosa.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 15. August 1878

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Oscar Gordon

aus Russland.

OPPONENTEN:

Herr J. v. Raum, Dr. med.
- M. Goldstein, Dr. med.
- Br. Stort, Dr. med.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

Sr. Excellenz

Herrn

Heinrich von Prang

kaiserl. Wirklichen Staatsrath, Ritter hoher Orden etc.
in St. Petersburg.

in dankbarer Verehrung

gewidmet

vom

Verfasser.

Ein interessanter Fall von Endocarditis ulcerosa, der im Wintersemester 1876/77 in der Klinik des Herrn Geh. Raths Frerichs vorkam, und dessen Verlauf und Section ich zu beobachten Gelegenheit hatte, bietet mir den Stoff zur nachstehenden Abhandlung.

Anamnese.

Patient, ein 36jähriger Sattler, dessen noch lebende Angehörige gesund sind, will früher niemals krank gewesen sein. Etwa acht Tage vor der Aufnahme in's Krankenhaus bemerkte Pat., der seit längerer Zeit ohne Verdienst und Wohnung war, dass ihm die untern Extremitäten und die Augenlider anschwollen. Zu gleicher Zeit entstanden auf beiden Unterschenkeln Hauterosionen, die theilweise sich in Geschwüre umwandelten. — Dabei bemerkte Pat., dass die Menge des am Tage gelassenen Harns bedeutend geringer wurde, und der Harn eine dunklere Färbung annahm. Da diese Beschwerden von Tag zu Tag zunahmen, suchte Pat. den 21. März die Med. Klinik auf. Specif. Infection wird in Abrede gestellt, Abusus spirituosorum zugestanden. —

Status praesens.

Patient, mittelgross, mässig gut genährt, ohne Abnormitäten des Knochenbaues und der Muskulatur, ist im Besitz seiner Geisteskräfte und giebt klare und zusammenhängende Auskunft. Beim Sprechen sowie beim Hervorstrecken der Zunge macht sich ein leichter Tremor bemerklich, ebenso wenn Pat. die Hände mit gespreizten Fingern ausstreckt. —

Im Gesicht fällt eine etwas ungewöhnliche Röthung der Jochbeinpartien und ein ziemlich starkes Oedem der untern Augenlider auf. Die Körperhaut des Pat. wenig gepflegt, ist leicht mit Schweiss bedeckt, auf der vordern Brustfläche mit starken Venenectasien durchzogen. Die ganze Körperoberfläche, namentlich die Brust- und Kreuzgegend, der Nacken, das Gesäss und die Oberschenkel sind mit reichlichem, wahrscheinlich auf der Anwesenheit von Pediculis beruhendem Kratzexanthem bedeckt. Es zeigen sich sowohl frische rothe, dann mit Krusten bedeckte erodirte und endlich schon vernarbte, braun pigmentirte Stellen von Linsen bis über Groschengrösse. Die Unterschenkel sind von einem ganz gesonderten Exanthem eingenommen, bestehend aus sehr vielen, theils einzelnen, theils in grössern Plaques zusammenstehenden, miliaren, blutrothen circumcripten Flecken, die nur ganz wenig über dem Hautniveau hervorragen und auf Druck nicht ver-

schwinden. Daneben finden sich einige mit eitriger Flüssigkeit gefüllte Bläschen, dann das oben erwähnte Kratzexanthem und endlich Flecken von 2 Thalergrösse, mit gerötheter Grundlage, bedeckt von schwarzen und zum Theil auch eitrigen Krusten, die Pat. durch Druck der Stiefelschäfte acquirirt haben will. —

Thorax mässig breit und tief, ohne Abnormitäten in der Bildung. Percussion und Auscultation ergiebt nichts pathologisches. Herzdämpfung nicht vergrössert. An der Spitze hört man einen gespaltenen zweiten Ton, sowie ein kurzes, dumpfes, systolisches Geräusch. Die übrigen Organe ohne Veränderung, nur erscheint die Milzdämpfung nicht unwesentlich vergrössert.

Urin dunkelbraunroth, mit schwachem Sediment, giebt in der Siedehitze und mit Salpetersäure einen reichlichen, rothgefärbten Niederschlag; enthält viel Blut. Die mikroskopische Untersuchung des Sedimentes ergiebt viele rothe Blutkörperchen und nur ganz vereinzelte hyaline Cylinder.

Am 21. März Abends. Temper. 39,4. Ordin.: Täglich ein warmes Bad mit nachfolgendem Schwitzen.

22. 38,7. — 39,0.

23. 38,5. — 39,3. Patient hat in der Nacht stark geschwitzt.

24. 38,0. — 38,5. Ordin.: Mixt. sulf. acid. 4,0. Aq. destill. 50,0. Patient fühlt sich ziemlich wohl, klagt nur über starkes Hitzegefühl, namentlich im Kopf.

Die Anschwellungen der Füsse sind schon ziemlich verschwunden.

25. 37,4. — 38,0. Patient hat die Nacht hindurch stark geschwitzt; in seinem Zustande hat sich nichts geändert.

26. 37,3. — 38,4. Starker Nachtschweiss. Patient klagt über Wüstsein im Kopf.

27. 38,6. — 38,5. Wieder viel Schweiss in der Nacht. Patient klagt über Kopfschmerz und steigende Hitze.

28. 37,8. — 38,0. Kein Kopfschmerz mehr. Die Anschwellungen der Beine sind verschwunden, ebenso sind die Purpuraflecken im Verbleichen begriffen.

29. 37,5. — 38,2. Patient hat eine gute Diaphorese. Er fühlt sich jetzt bedeutend leichter. Der Urin sieht immer noch blutig gefärbt aus.

30. 37,4. — 38,4. Patient klagt über sehr starke Kopfschmerzen.

31. 37,6. — 38,0. Viel Schweiss in der Nacht.

1. April. 37,7. — 38,2. Patient hat in der Nacht etwas Nasenbluten gehabt. Die Anschwellung der Füsse ist fast vollkommen verschwunden.

2. 37,7. — 38,4. Patient klagt über heftige Kopfschmerzen, die ihn nicht haben schlafen lassen. Die rothe Farbe des Harns ist bedeutend heller geworden.

3. 37,5. — 38,3. Patient fühlt sich relativ wohl, nächtlicher Schweiss gering, Kopfschmerzen nicht mehr vorhanden, Baden wird ausgesetzt. Inf. senn. compos.

4. 37,4. — 38,3. Stühle gelblich, diarrhoisch; Harn hellröthlich.

5. 37,6. — 38,5. Patient hat wenig geschlafen und klagt über Kältegefühl in der Nacht.

6. 37,8. — 38,0. Patient klagt über nächtliche Kopfschmerzen. Im Harn sind noch geringe Mengen Eiweiss und wenig Blutfarbstoff nachweisbar.

7. 37,5. — 38,2.

8. 37,9. — 38,2.

9. 37,6. — 38,0. Patient ist den grössten Theil des Tages ausser dem Bett und fühlt sich dabei vollkommen wohl. Im Harn sind noch geringe Mengen Eiweiss und Blutfarbstoff.

10. 37,8. — 38,2.

11. 37,6. — 38,0.

12. 37,8. — 37,6.

13. 37,5. — 38,7. Im Harn noch reichliche Mengen Blut und Eiweiss.

14. 37,4. — 37,8.

15. 37,5. — 37,7.

16. 37,4. — 37,8.

17. 37,6. — 38,0.

18. 37,4. — 37,8. Eiweissgehalt des Harns noch sehr bedeutend, Blutgehalt gering.

19. 37,5. — 37,7.

20. 37,6. Das Allgemeinbefinden gut, keine Oedeme mehr.

Am Nachmittage dieses Tages wurde folgender Status aufgenommen:

Spitzenstoss im V. Intercostalraum nach innen von der Mammillarlinie sicht- und fühlbar. Herzdämpfung beginnt auf der 3. Rippe, ragt nach rechts $1^1/_2$ Querfinger breit über den rechten Sternalrand, erreicht links im 5. Intercostalraum nicht ganz die Mamillarlinie. Der erste Ton überall unrein, gespalten; ab und zu geräuschartig; der 2. Ton über der Pulmonalis mässig verstärkt; etwas deutlicher ist die Verstärkung auf dem untern Theil des Sternum. Hier schliesst sich ausserdem an den diastolischen Ton ein mässig lautes, pfeifendes Geräusch an. In beiden Carotiden systolisches, brummendes Geräusch, dumpf klingender, deutlicher zweiter Ton.

Radialis von etwas vermehrter Spannung. Pulswelle ziemlich hoch. Abdomen weich, nirgends besonders empfindlich. Schall überall tympanitisch. Die absolute Leberdämpfung beginnt in der Mamillarlinie am obern Rande der 6. Rippe, der untere Rand überragt etwas den Rippensaum; die Gesammthöhe in der Mammillarlinie, exclusive der schlecht ausgeprägten relativen Dämpfung beträgt 15 Cm. Die Milz ist als ein harter breiter Tumor palpirbar, ihre Länge beträgt 17 Cm.; ihre Höhe in der mittlern Axillarlinie 13 Cm. An den Lungen nichts besonderes. Pat. will ab und zu Stiche in der linken Seite haben, wenig Husten, kein Auswurf.

21. 37,5. — 37,7.
22. 37,6. — 37,9.

Auf dem Sternum noch eine wiewohl nur geringe Dämpfung nachweisbar. Das diastolische Geräusch auf dem unteren Theile des Sternum neben dem etwas klappenden 2. Ton vollkommen deutlich; am Halse sieht man die rhythmische Pulsation der Carotiden und der Subclavia (rechte Subclavia ist auffällig hoch gelegen). Die Venen am Halse treten nirgend auffällig hervor und werden überhaupt erst bei der Exspiration mit geschlossener Nase und Mund als Stränge von mässiger Dicke sichtbar. In der Regio cordis sieht man wie früher ectatische, als blaue Streifen erkennbare Hautvenen, die quer über das Sternum weg nach der Gegend des Spitzenstosses ziehen.

23. 37,5. — 37,8.
24. 37,7.
25. 37,9. — 37,5.
26. } Temp. normal.
27. }

3. Mai. Die Venen am Thorax sind erweitert und zeigen deutliche Pulsation. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergiebt gleichfalls das Vorhandensein eines Venenpulses.

4. }
5. } Temp. normal.
6. }

Die Dämpfungsverhältnisse vorn am Rumpf gestalten sich jetzt folgendermaassen: Vorn beiderseits ober- und unterhalb der Clavicula kein Schallunterschied. Die Herzdämpfung, die linke Mammillarlinie nicht ganz erreichend, geht bis zum obern Rande der 3. Rippe; die rechte Grenze ist am rechten Sternalrand; jedoch auf dem Sternum noch eine geringe Dämpfung. Relative Leberdämpfung in der Mammillarlinie an der 5. Rippe, intensive an der 6. Sie überragt den Rippenrand in der Mammillarlinie um 6, in der Parasternallinie um 9 Cm., 6 Cm. nach links über die Linea alba. Gesammthöhe der Leberdämpfung in der Mammillarlinie 21 Cm., der Rand undeutlich palpirbar.

Milz als fester Tumor weit nach vorn auch in der Rückenlage palpirbar. Milzdämpfung geht nach rechts unmittelbar in die Leberdämpfung über, sie begrenzt sich in der Rückenlage nach oben an der 7. Rippe (mittlere Axillarlinie) und überschreitet nach unten etwas den Rippenrand, Höhe in der mittleren Axillarlinie 14 Cm. Im Uebrigen am Abdomen tympanitischer Schall.

Pat. giebt auf Befragen an, dass er die an seinem Thorax sichtbaren Venenectasien schon seit Jahren bemerkt, dass er aber früher niemals Beschwerden von Seiten der Brust gehabt habe.

7. Harn enthält eine reichliche Menge hyaliner Cylinder; Eiterkörperchen, theils wohl erhalten, theils verfettet.

8. Pat. hustet des Nachts sehr viel.

9. Temp. normal.

10. 37,4. — 37,6.

Pat. klagt über Kopfschmerz; starke, nächtliche Schweisse.

16. Pat. klagt über nächtliche Schweisse. Der Hustenreiz ist sehr bedeutend. Die Erscheinungen im Gefässsystem sind dieselben geblieben.

24. Zunehmende Macies, auffällige cyanotische Färbung der Wangen. An beiden Unterschenkeln bemerkt man eine ziemlich grosse Anzahl stecknadelkopf- bis linsengrosser, meist scharf begrenzter, blaurother Haemorrhagien. Spitzenstoss im 5. Intercostalraum, nach innen von der Mamillarlinie; Herzdämpfung 3. Rippe, rechter Sternalrand. Diastolisches Geräusch auf dem Sternum und nach der Aorta zu sehr laut. Pulsationen am Halse und in der Regio epigastrica. Beim Husten colossale, kinderfaustgrosse Schwellung der rechtsseitigen Halsvenenstämme, so wie Schwellung und Schlängelung epithoracischer Venen. Puls in geringem Grade celer, von ziemlich geringer Spannung, mittlerer Höhe; Nagelpuls bald mehr, bald weniger deutlich.

Magengegend gegen Druck beiderseits in ziemlich hohem Grade empfindlich. Leber und Milz wie früher geschildert. Harn schmutzig gelbroth, trübe, mit leicht grünlichem Schaum.

25. Pat. hat, als er morgens erwacht, den Mund

voll Blut; Excoriationen am Zahnfleisch sind nirgends zu bemerken.

5. Juni. Auf beiden Unterschenkeln sind wieder zahlreiche punktförmige, stecknadelknopf- bis linsengrosse Haemorrhagien in der Cutis zu bemerken.

7. Pat. klagt über Schmerzen an der Zunge und der Mundschleimhaut. Bei Inspection des Mundes zeigen sich vereinzelte Ulcerationen an der Zunge und in der Schleimhaut der Wangen. Das Zahnfleisch blutet auch äusserst leicht und ist sehr empfindlich, starker foetor ex ore.

8. Patient klagt über Schlaflosigkeit und Kopfschmerz.

11. An beiden Unterschenkeln finden sich neue bis erbsengrosse Haemorrhagien in der Cutis.

18. An beiden Unterschenkeln finden sich zahlreiche Haemorrhagien bis zu Bohnengrösse.

Sobald Pat. längere Zeit ausser Bett ist, zeigen sich Anschwellungen der untern Extremitäten, beide Fussgelenke zeigen eine geringe Schwellung und sind bei Bewegung und auf Druck empfindlich.

19. Die Klagen des Patienten beziehen sich ausschliesslich auf Schwäche. Die Anämie ist stark ausgeprägt, besonders auch an den sichtbaren Schleimhäuten. Das Gesicht ist wachsähnlich. Die Wangen zeigen nur schwache Kupferröthe.

An der Haut des Rumpfes und der Arme nichts ver-

ändert. An den Unterschenkeln von den Knieen abwärts finden sich in ziemlich beträchtlicher Anzahl zwei Arten von Flecken:

1. kleinere, bis erbsengrosse, nahezu scharf begrenzte blaurothe Tüpfel, die auf Druck nicht empfindlich sind;
2. grössere unregelmässig begrenzte, mehr verwaschene blassgefärbte Flecken, von denen einige Groschengrösse erreichen. Dieselben sind durchweg auf Druck in hohem Masse empfindlich, sie finden sich ausschliesslich an der unteren Hälfte der Unterschenkel, besonders in der Umgebung der Knöchel und am Fussrücken. Weder die eine noch die andere Art von Flecken verschwindet auf Druck.

Herzdämpfung fängt von der dritten Rippe an und reicht bis zur Mammillarlinie, nach rechts überschreitet sie etwas den Sternalrand.

An der Spitze hört man ein deutliches praesystolisches und systolisches Geräusch. Der zweite Ton ist vorhanden; die Pause durch das sich unmittelbar anschliessende Geräusch ausgefüllt. Gegen die Pulmonalis hin tritt die oben erwähnte Verstärkung des zweiten Tones deutlich hervor, das Geräusch wird diastolisch, hauchend. — Noch schärfer, fast zischend, klingt es auf dem unteren Theil des Sternums. — Rauher und lauter als über der Pulmonalis ist er auch am rechten

Sternalrand im zweiten Intercostalraum. Die Verstärkung des diastolischen Tones besteht hier ebenfalls. Im Jugulum und in der rechten Supraclaviculargrube sieht man rhythmische Pulsation; kaum angedeutet in der linken. In den Carotiden ist der zweite Ton nur schwach angedeutet.

Radialis leicht geschlängelt, besonders links; rechte etwas enger als die linke. Puls in mässigem Grade celer, etwas vermehrte Spannung, deutlicher Nagelpuls.

Die Höhe der absoluten Leberdämpfung in der Mammillarlinie 12 Cm., dieselbe Höhe in der Sternallinie. Grösster Durchmesser in der Milzdämpfung 18 Cm.

21. Bei der Untersuchung des Thorax in sitzender Stellung findet sich, dass die Herzdämpfung nach links hin in eine relative Dämpfung übergeht, welche mit horizontaler Begrenzung nach hinten verläuft und der Wirbelsäule bis auf etwa Handbreite sich nähert. Die Dämpfung ändert sich beim Niederlegen in der Weise, dass an ihre Stelle die früher beschriebene, sehr ausgedehnte Milzdämpfung tritt, nur scheint letztere bedeutend weiter nach hinten zu reichen als früher gefunden. — Ein pleuritischer Erguss nicht nachweisbar, die mässige Leberschwellung besteht fort. — Die Venenectasien auf der Brust viel weniger ausgesprochen; eine Anschwellung derselben beim Husten ist kaum zu bemerken.

Herzbefund: der Spitzenstoss im fünften Intercostal-

raum in der Mammillarlinie; ihm entsprechend hört man nach dem zweiten Ton ein sehr deutliches, langes praesystolisches Geräusch.

23. An den Unterschenkeln sind wieder zahlreiche neue Haemorrhagien zu constatiren.

28. Die Venenzeichnung auf der vorderen Thoraxfläche, speciell auf dem Sternum, ist noch deutlich, aber kaum prominent. Am Halse Undulationen und exspiratorische Schwellung der Venen; der Bulbus augenscheinlich ungemein erweitert. Der Spitzenstoss ist jetzt am deutlichsten im vierten Intercostalraum nach innen von der Mammillarlinie; im fünften schwächer fühlbar.

An der Spitze neben den Tönen ein praesystolisches Geräusch, am deutlichsten auf der fünften Rippe in der Parasternallinie. Das Geräusch nimmt nach rechts und oben hin einen mehr diastolischen Charakter an, wird lauter und schärfer, nicht besonders laut unterhalb des rechten Sternoclaviculargelenks. Andrerseits erlangt es aber auch eine bedeutende Intensität auf dem Manubrium sterni und ist hier noch etwas lauter als auf den oberen Abschnitten des Sternums.

Auch hier ist es mehr diastolisch, nicht wie an der Spitze praesystolisch.

3. Juli. Die microscopische Untersuchung des Urins ergiebt ziemlich viele breite, theils gerade, theils gebogene Cylinder, gelblich gefärbt. Einzelne sind bedeckt mit Blutkörperchen, andere mit harnsauren Salzen. Da-

zwischen findet man farblose, homogene; diese sind schmäler.

10. Die Füsse sind um die Malleolen angeschwollen und auf Druck sehr empfindlich. Um den Unterschenkeln sind zahlreiche nadelkopf- bis erbsengrosse Hämorrhagien aufgetreten.

13. Während die am 10. aufgetretenen Hämorrhagien nahezu verschwunden sind, finden sich heute viel zahlreichere an beiden Unter- und Oberschenkeln.

17. Um 10 Uhr hatte Pat. Frost, der eine $^1/_2$ Stunde andauerte.

18. An beiden Unterschenkeln sind heute neue Blutungen aufgetreten, sie sind nicht über stecknadelkopfgross und an Anzahl gering. An der Innenfläche der l. Patella ist eine Stelle der Haut auf Druck empfindlich; man fühlt in der Haut einen weichen, bohnengrossen Knoten.

24. 38,6. Pat. klagt seit Mittag über Kopfschmerzen. —

4. August. An beiden Unterschenkeln zahlreiche stecknadelkopf- bis erbsengrosse tiefliegende Hämorrhagien mit unregelmässigen Rändern. Weisse Puncte sind in ihrer Mitte nicht zu bemerken. Einzelne auch am Oberschenkel.

8. An beiden Unterschenkeln sind wieder zahlreiche stecknadelkopf- bis erbsengrosse rundliche, unregelmässig begrenzte rothe Flecken aufgetreten, die durch

Druck nicht alterirt werden. Druck in der Gegend der Fussgelenke äusserst schmerzhaft; es besteht dort mässige Schwellung.

10. Abends 1 Atropinpille. Pat. schwitzt Nachts sehr stark.

11. An beiden Unterschenkeln abermals eine Eruption von rothen Flecken. Die meisten von ihnen, die sich in grosser Anzahl, besonders an den Unterschenkeln von den Knieen an abwärts befinden, sind stecknadelkopf- bis erbsengross, unregelmässig scharf begrenzt, rundlich bläulichroth, auf Druck nicht empfindlich, nicht verschwindend, oder auch nur erblassend. An dem unteren Drittel der Unterschenkel und besonders zahlreich auf den Fussrücken gesellen sich dazu meist grössere Flecken, als die anderen sind. Sie haben keine regelmässige Gestalt und scharfe Begrenzung, sie sind mehr verwaschen, blassroth; Druck auf dieselben ist in hohem Masse schmerzhaft, verändert dieselben auch nicht im Geringsten. Um die Fussgelenke und auf den Fussrücken starke Schwellung: Druck ist in dieser Gegend überall sehr schmerzhaft.

18. An beiden Unterschenkeln sind ziemlich viele neue Hämorrhagien aufgetreten, von Stecknadelkopf- bis Erbsengrösse. Pat. klagt über heftiges Jucken an den Stellen.

19. Im Urin kein Blut, wenig Eiweiss.

28. An beiden Unterschenkeln Hämorrhagien. Der Urin enthält ziemlich viel Blut.

1. September. Eruption neuer Hämorrhagien, sie sind an den Unterschenkeln sehr zahlreich, an den Oberschenkeln spärlich. An den Unterschenkeln findet man die beschriebenen 2 Arten und zwar, die dunkelrothen, scharfbegrenzten, die blassen, im allgemeinen grösseren, überwiegend; an den Fussrücken fast nur die blassen. Diese blassen sind deutlich prominent, fühlen sich hart an, jucken und brennen. Die Knöchel und Füsse sind geschwollen. Im Urin viel Blut.

5. 38,0. — 38,5. Gegen 10 Uhr hatte Pat. leichten Frost. Pat. klagt über Kopfschmerz.

6. Temperat. normal. An den Unterschenkeln einzelne Hämorrhagien. Im Urin Blut.

18. Reichlicher Ausbruch neuer Hämorrhagien an den Unterschenkeln (beider Arten).

19. 38,5. — 39,5. Pat. hat in der Nacht bald Frost, bald Hitze gehabt, dabei an Kopfschmerzen und Brustbeklemmung gelitten. Er klagt jetzt über Kopfschmerz und Hitze.

20. 39,0. — 38,3. — 39,0. Pat. hat ruhig geschlafen und wirre Träume gehabt. Er klagt über Schmerzen in der rechten Brust bei tiefen Inspirationen und starkem Hustenreiz.

21. 38,0. — 38,7. — 39,0. Die Klagen des Pat. beziehen sich auf Trockenheit im Halse und starken Hustenreiz. Objectiver Befund negativ. Inf. Ipecac. 0,5 : 150,0. Liq. amm. anis. 3,0.

22. 38,7. Pat. fühlt sich relativ wohl. Der Husten-

reiz hat beträchtlich nachgelassen. Der Urin enthält seit einigen Tagen eine grosse Menge eines schmutzig rothbraunen Satzes. Der chemische und microskopische Befund wie früher. Blutgehalt ziemlich bedeutend.

23. 38,5. — 38,6. — 38,4.

24. 38,0. — 37,8.

25. 37,5. — 37,0.

2. Oktober. In der Zwischenzeit häufig Fröste. Schmerzen in der Nierengegend und intermittirende Haematurie. Tinct. opii benzoic. 4 mal tgl. $^1/_2$ Theelöffel.

24. November. Wachsartige Blässe besteht unverändert fort; das Gesicht, die Oberschenkel und Füsse ödematös. Hautblutungen im allgemeinen wie früher periodisch auftretend. Pat. klagt über bedeutenden Luftmangel und während der Nacht über grosse Mattigkeit. Athemfrequenz stets etwas beschleunigt. Von Zeit zu Zeit treten schmerzhafte und anstrengende Hustenanfälle mit geringer schleimiger Expectoration auf. An den Lungen nichts besonderes Pathologisches, ausser mässigem Catarrh. Spitzenstoss im 5. Intercostalraum in der linea mammillar. von etwas vermehrter Resistenz. An der Spitze ein langes praesystolisches Geräusch, 1. Ton unrein, nach rechts und oben zu nimmt allmählich das Geräusch einen diastolischen Charakter an; über der Aorta ist es sehr laut, blasend, rein diastolisch, 2. Ton dabei erhalten. Der systo-

lische Ton links vom Sternum durch ein kurzes Geräusch ersetzt. Puls wie früher von kaum mittlerer Spannung, celer. Moschus.

26. November. Unten links am Rücken, sowie am Scrotum und Penis sind punktförmige Blutungen aufgetreten. Pat. bricht jetzt öfters. Im Augenhintergrunde keine Veränderung. Tinct. cort. Aurant.

29. Die Blutungen haben zugenommen, besonders an der Furche zwischen Bauch und Oberschenkel sind solche aufgetreten. Das Brechen dauert fort. Auch der Auswurf zeigt blutige Streifung. Pat. ist in der letzten Zeit stark collabirt. Morph. muriat. 0,006.

30. Pat. ist in den letzten Tagen sichtlich abgemagert und fortwährend von quälendem, nicht selten bis zum Erbrechen führendem Husten geplagt. Er expectorirt rein blutig gefärbte, schaumige, zähe Sputa. Die Untersuchung der Lungen ergiebt nirgends Infiltration. Die Herzaction ist sehr beschleunigt und die Geräusche desshalb nicht sicher zu analysiren, doch sind dieselben auch an der Spitze fortdauernd laut und deutlich. Der Spitzenstoss überschreitet etwas die lin. mammillar.; die Dämpfung ist beiderseits verbreitert. Puls celer, von mittlerer Höhe, geringer Spannung. Leber und Milz nach wie vor palpirbar; erstere hart und glatt.

Der letzte Schub der Hauthämorrhagien ist in langsamer Entfärbung begriffen, auf beiden Handrücken haben sich in mässiger Anzahl stecknadelkopf- bis

hirsekorngrosse Bläschen gebildet, die von hellrother Flüssigkeit erfüllt sind und gegen die nicht im Mindesten geröthete umgebende Haut durch Farbe, Glanz und Prominenz stark abstechen.

Die Klagen des Pat. beziehen sich auf schmerzhaften Husten, excessive Schwäche.

Obductionsbefund.

Leiche, ziemlich grosser Statur, starker ödematöser Schwellung der untern Extremitäten, leichter der oberen Extremitäten, des Scrotum. Die Haut zeigt fast überall, namentlich an den Armen und Händen sehr zahlreiche blasse und dunkelrothe stecknadelkopf- bis erbsengrosse Flecke, die zum Theil im Centrum bei leichter Erhabenheit blassgelbröthliche Färbung zeigen. Im vorderen Umfang der Brust zahlreiche, schmutzig, blass braungelblich gefärbte Abschilferungen der Epidermis. Fettgewebe sehr atrophisch, Fettläppchen von gelblich brauner Färbung, sehr klein. Muskulatur etwas blass, schwach. Bei genauer Besichtigung der Muskulatur zeigen sich zahllose eingekapselte Trichinen, namentlich in der Muskulatur des Halses. Zwerchfellsstand rechts oberer Rand der 5. Rippe, links dem unteren Rande derselben entsprechend. Bei Oeffnung des Thorax zeigen sich die Lungen und der Unterlappen ziemlich stark retrahirt. Linke Pleurahöhle enthält etwa 60 gr. trüber röthlich graugelber wässriger Flüssigkeit, rechte Pleura-

höhle leer; im Herzbeutel ca. $^1_2$ Esslöffel leicht gelbgefärbter Pericardialflüssigkeit. Pericardium viscerale, wie auch das Parietalblatt zeigen neben auffallender Röthung und starker Gefässfüllung leichte Trübung und zahlreiche sehr kleine Ecchymosen. Herz sehr gross, stark, kugelig abgerundet an der Spitze, das Fettgewebe etwas atrophisch, leichte fiebröse Verdickung des Pericardiums an der Spitze. Rechter Ventrikel stark dilatirt, Wandungen leicht hypertrophisch. In den Nischen der Trabekel sehr zahlreiche zum Theil untereinander verwachsene, fast schwefelgelbgefärbte, sehr weiche blasenartige Parietalthromben, die im Innern hohl sind, an einzelnen Stellen leicht haemorrhagisch imbibirt, von meist glatter Oberfläche, an der hie und da frisches Fibringerinnsel in dünner Lage haftet. Ein eben solcher Thrombus verklebt von frischen Coagula sitzt im rechten Herzohr. Bei Eröffnung des linken Ventrikels Aortenklappen an der Schliessunglinie verdickt, zum Theil gefenstert, leicht verkalkt; auf den freien Rändern sitzen bei leichtem Defect sehr weiche, unregelmässig vermehrte, an einzelnen Stellen ulcerös aussehende, röthliche Vegetationen. Eine ebensolche, zum Theil frische, zum Theil organisirte Auflagerung, auf der dem Ventrikel zugekehrten Seite des Segels der Mitralis, während auf dem freien Rande des Segels kleine Verrucositäten zu sehen sind. Herzsubstanz sieht ziemlich gut aus. Auf der Pleura der linken Lunge ein leichter, frischer fibrinöser Beschlag,

namentlich im Bereich des Unterlappens. Letzterer von sehr grossem Volumen, fühlt sich in den untern Partieen lederartig an, auf der Schnittfläche neben körniger Beschaffenheit eine grauröthliche Färbung der unteren, die allmählich in eine mehr rothe der oberen übergeht. Im Oberlappen reichliche Blutfüllung, leichtes Oedem. Hier sind die Alveolen mit Luft gefüllt, obwohl das Parenchym sich derb anfühlt. Rechte Lunge zeigt leichte Adhärenz im Umfang des Oberlappens, im Mittellappen einen Hühnerei grossen haemorrhagischen Herd, im Unterlappen leichtes Oedem und Hepatisation, während der Oberlappen nur in den untern Partieen schwachrothe Hepatisation zeigt. Milz enorm vergrössert, die Kapsel leicht verdickt, Reticulärsubstanz stark entwickelt, Parenchym fühlt sich derb an, blutreich, Follikel vermehrt aber klein. Beide Nieren enorm vergrössert, Kapsel leicht abziehbar, auf der Oberfläche zahlreiche Ecchymosen, ebenso auf der Schnittfläche der Rinde. Rindensubstanz sehr breit, stark getrübt, braunröthlichgelb melirt. Marksubstanz zeigt ebenfalls zahlreiche Ecchymosen, Schleimhaut des pelvis ebenfalls. Consistenz der Nieren ist ziemlich derb; die Spitzen der Markstrahlen blass. Blase zeigt neben starker bläulicher Röthung und leichter Schwellung nichts Abnormes. Drei Querfinger breit oberhalb des Anus ein erbsengrosser braunrother Polyp an dünnem Stiel, Schleimhaut geschwollen und geröthet. Leber gross, derb, blass. Acini sehr undeutlich, sehr blass, cen-

traler Theil der Acini blass, scharf abgegrenzt, fast ockergelb. Die Peripherie blass, graugelb. Magenschleimhaut sehr stark geschwollen, geröthet, mit zahllosen Ecchymosen besetzt, mit einer weichen dicken Schleimlage bedeckt.

Diagnose. Endocarditis aortica ulcerosa fibrosa levis calcificans, mitralis levis verrucosa. Pleuropneumonia duplex. Infarctus haemorrhagicus pulmonis sinistri. Nephritis haemorrhagica parenchymatosa et induratio renum. Cirrhosis levis hepatis.

Epikrise.

Was dem oben mitgetheilten Fall sein besonderes Interesse verleiht, das sind die oft wiederkehrenden Blutungen der äussern Haut, welche in häufigen Attaken auftraten und bald verschwanden; — auch waren Blutungen aus andern Organen während des Lebens vorhanden gewesen. Gleichzeitig bestand eine chronische Endocarditis, welche, da über dem Sternum diastolisches Geräusch gehört wurde, namentlich am obern Theil desselben, so wie wegen des vorhandenen Pulsus celer und des Capillarpulses für eine Aorteninsufficienz, gehalten werden musste. Ein ganz besonders die Aufmerksamkeit auf sich lenkendes Symptom waren die Haematourien, welche ebenfalls unregelmässig auftraten und schnell vorübergingen, wobei der Harn schon für

das blosse Auge oft intensiv blutig roth gefärbt erschien. Man musste bei diesem Zusammenhang der Symptome an folgende Möglichkeiten denken: entweder lag eine Bluterkrankung in eigentlichem Sinne vor, wie Scorbut oder Morbus maculos. Werlhofii, oder aber es handelte sich um jene seltene Form der symptomatischen Purpura, welche die Schönlein'sche Peliosis rheumatica begleitet. Sprach gegen erstere Ansicht das Fehlen aller anderen Affectionen, namentlich der des Mundes, so fehlte an dem Schönleinschen Bilde so manches, wie besonders auch die schmerzhaften Affectionen der Gelenke, welche in diesem Fall nur sehr selten vorhanden waren. — Auch die Localisation der Flecken stimmte nicht mit dem von Schönlein gegebenen Bilde überein. Ferner musste man an die Möglichkeit einer embolischen Erkrankung der Hautgefässe und der Nierengefässe denken, wodurch die Periodicität der Blutungen und wofür die vorhandene Endocarditis eine genügende anatomische Basis darbot. Schliesslich wäre auch der Gedanke einer selbstständigen Nierenerkrankung ins Auge zu fassen, wobei ja bekanntlich auch Blutungen in verschiedenen Organen zuweilen vorkommen.

Dass neben einer symptomatischen Nierenblutung eine wirkliche Nephritis bestand, darüber konnte nach der Beschaffenheit des Harns kein Zweifel obwalten, da der Eiweissgehalt viel höher, als nach dem vorhandenen Blute zu erwarten war und da ausserdem wiederholt reichliche Cylinder im Bodensatz des Harns ge-

funden worden waren. Am meisten Wahrscheinlichkeit musste immer die Ansicht behalten, nach welcher es sich um eine alte Endocarditis mit frischen Nachschüben handelte, wobei die frischen Auflagerungen losgelöst wurden und das Material für die embolischen Gefässverstopfungen bildeten. Wiederholt waren auf der Frerichs'schen Klinik derartige Fälle beobachtet worden, wo es im Verlauf acuter, namentlich maligner Endocarditiden zu Embolisirung der Hautgefässe gekommen war. In einem dieser Fälle namentlich konnte man sich unter dem Microscop von dem Vorhandensein der Hautembolien deutlich überzeugen. Auch das zeitweise auftretende Fieber hätte dadurch eine plausible Erklärung gefunden. Natürlich wäre der Nachweis von dem Vorhandensein anderer Embolien von hohem diagnostischen Interesse gewesen, namentlich wären dadurch die Nierenblutungen, welche zuweilen mit Schüttelfrösten einsetzten und unter starkem Schmerze in der Nierengegend verliefen, einer einheitlichen Erklärung zugänglich gewesen. Auch der Milztumor schien in das Krankheitsbild hinein zu passen, insofern, als er ebenfalls durch einen haemorrhagischen Infarct bedingt sein konnte. Wir entschlossen uns daher nach Prüfung aller Symptome zu der Annahme, dass auf der Basis einer alten und recidivirenden multiplen Gelenkaffection eine schrumpfende Aortenendocarditis entstanden wäre, welche zu Insufficienz der Klappen geführt hätte; dass sich ferner zu der alten Klappen-

affection eine frische ulcerirende Form hinzugesellt, von der aus eine Ueberschwemmung des Blutes mit kleinen losgelösten Partikelchen des zerfallenen Klappenmaterials stattgefunden hätte. Die Autopsie bestätigte vollständig die Diagnose, soweit sie sich auf die Beschaffenheit der Klappen bezog. Die Vergrösserung der Milz konnte dagegen nach dem anatomischen Befunde nicht auf embolischen Ursprung zurückgeführt werden, sondern schien mehr auf einer alten Stauung zu beruhen, welche in einer leichten interstitiellen Hepatitis, sowie in der durch die Veränderungen an den Aortenklappen hervorgebrachten Stauung ihre genügende Erklärung fand. — Was die Nieren anbetrifft, so bestand eine ältere chronische parenchymätose Nephritis neben frischeren multiplen Hämorrhagien, welche sich durch die Annahme capillärer Embolien hätte erklären lassen. Leider gelang es uns eben so wenig in der Niere, wie in der Haut capilläre Embolien nachzuweisen und wir werden daher neben der recidivirenden Endocarditis, welche nicht der malignen ulcerösen Form angehörte, noch eine eigenartige Diathese anzunehmen gezwungen sein, auf welche die Blutungen zurückzuführen sind. Wir sind nicht in der Lage über die Art der Diathese etwas Näheres äussern zu können, glauben jedoch mit Recht annehmen zu dürfen, dass sie durch den subacten Gelenkrheumatismus nicht bedingt gewesen ist.

Verfasser, Oscar Gordon, geboren am 19. Februar 1847 zu Petersburg, erhielt seine erste Vorbildung am Gymnasium seiner Vaterstadt und in Wilna. Nach Absolvirung des Gymnasiums fungirte er 3 Jahre als Beamter in Russland. 1870 bezog er die Universität Dorpat und wurde daselbst bei der medicinischen Facultät immatriculirt. Sein Studium wurde jedoch durch wiederholte Krankheiten unterbrochen. Am 17. Mai 1876 wurde er bei der medicinischen Facultät zu Berlin immatriculirt und bestand am 23. Juli 1878 daselbst das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit in Berlin besuchte er die Vorlesungen, Curse und Kliniken der Herren: Ewald, Fasbender, Fraenkel, Fraentzel, Frerichs, Jacobson, v. Langenbeck, Lewin, Leyden, Litten, J. Meyer, Orth, Salomon, Schroeder, Senator, Steinauer, Virchow, Waldenburg.

Allen seinen Lehrern in Dorpat und Berlin spricht Verfasser seinen wärmsten Dank aus.